Le vaccin contre le VPH

Une percée extrêmement prometteuse

Guy Waddell, MD

Présenté dans le cadre de la conférence : *Santé de la femme*, Université de Sherbrooke, janvier 2007

75 à 80 % des adultes seront en contact avec le virus VPH au cours de leur vie, mais seule une fraction de ceux-ci développeront des manifestations cliniques, comme des verrues, des lésions intraépithéliales ou encore des cancers.

Le **Dr Waddell** est professeur agrégé à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et gynécologue-obstétricien au CHUS.

Copyright © Vente et distribution commerciale interdites
La utilisation non autorisée est prohibée. Les personnes autorisées peuvent télécharger, lire, visionner, imprimer une copie pour leur usage personnel

Le virus du papillome humain

Il existe une centaine de types de virus du papillome humain (VPH), dont une trentaine peuvent atteindre les organes génitaux.

Certains types sont non carcinogènes (les types 6, 11, 40, 42, 43, 44 et 54) et sont responsables des verrues génitales ou lésions intraépithéliales de bas grade (LIÉBG), alors que d'autres sont carcinogènes (les types 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52 et 58) et peuvent induire des lésions intraépithéliales de haut grade (LIÉHG) et, éventuellement, des cancers génitaux.

L'infection au VPH

Le VPH est transmis sexuellement, et la très grande majorité des infections sont acquises dans les cinq années qui suivent le début des activités sexuelles. Soixante-quinze à 80 % des adultes seront en contact avec le virus au cours de leur vie, mais seule une fraction de ceux-ci développeront des manifestations cliniques, comme des verrues, des lésions intraépithéliales ou encore des cancers.

Les VPH de types 6 et 11 sont responsables de 90 % des verrues génitales, et les types 16 et

18 sont responsables de 70 % des LIÉHG et des cancers du col de l'utérus. Ces derniers sont aussi mis en cause pour les cancers de la vulve, du vagin, de l'anus, du pénis ainsi que certains cancers oropharyngés. Quoique les verrues génitales aient un potentiel plutôt bénin, et qu'elles régressent spontanément chez la majorité des personnes infectées, elles entraînent un fardeau clinique lourd avec la détresse psychologique qui s'ensuit ainsi que les fréquentes consultations médicales.

Les VPH de types 6 et 11 sont responsables de 90 % des verrues génitales, et les types 16 et 18 sont responsables de 70 % des LIÉHG et des cancers du col.

Les résultats d'études cliniques

- Des études ont d'abord démontré l'immunogénicité de certaines particules du virus ne contenant pas d'ADN, donc sans risque d'induire une infection.
- Par la suite, une étude a évalué un vaccin monovalent de type 16 chez 1 533 femmes de 16 à 23 ans sans infection au début de l'étude. Après 17 mois de suivi, il y avait 41 femmes avec une infection à VPH 16 et neuf cas avec un CIN 1/2 dans le groupe placebo contre aucun cas dans le groupe vacciné. À 48 mois, il y avait 12 cas de CIN 2/3 relié au type 16 contre aucun dans le groupe vacciné.
- Une étude de trois ans a comparé le vaccin quadrivalent 6, 11, 16, 18 avec un placebo chez des femmes de 16 à 23 ans. Elle a démontré des résultats tout aussi intéressants; 36 des 233 femmes dans le groupe placebo avaient une infection ou une lésion associée à ces quatre virus comparativement à quatre femmes sur 235 chez le groupe vacciné; une réduction de 90 %.
- Une étude chez 12 000 femmes a démontré, après deux ans de suivi, 21 cas de LIÉHG et 59 cas de verrues génitales parmi les 5 258 femmes ayant reçu le placebo, alors qu'il n'y avait aucun cas de LIÉHG et seulement un cas de verrues génitales chez les 5 301 femmes vaccinées.
- Il y a peu de données sur l'efficacité clinique du vaccin chez les filles de moins de 16 ans ou chez les garçons. Toutefois, des études d'immunogénicité en cours sont très prometteuses pour ces populations.
- Les études rapportent surtout des effets secondaires locaux incluant de la douleur, de la rougeur et du prurit. Les données sont très rassurantes sur les autres effets systémiques ou encore sur les effets graves.

Les recommandations

Le Comité consultatif national sur l'immunisation recommande de vacciner toutes les filles entre 9 et 13 ans, puisque le vaccin devrait idéalement être administré avant le début des rapports sexuels. Les femmes de 14 à 26 ans devraient recevoir le vaccin si elles n'ont pas été vaccinées antérieurement, et ce, même si elles ont déjà eu des lésions intraépithéliales. Le vaccin n'est actuellement pas recommandé pour les hommes ainsi que pour les femmes enceintes, faute de données.

La vaccination consiste en trois doses identiques de 0,5 ml IM à zéro, deux et six mois. Le coût est d'environ 170 dollars la dose. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada encourage la vaccination et émettra bientôt ses recommandations.

Afin d'avoir un effet important sur la santé publique, le vaccin contre le VPH devrait être intégré au programme de vaccination. Les femmes vaccinées devraient être soumises au même dépistage cytologique.

Le vaccin contre le VPH est une percée extrêmement prometteuse et intéressante, qui permet de prévenir 70 % des cancers du col et 90 % des condylomes. La durée de son efficacité et la vaccination des hommes restent à déterminer. Un vaccin bivalent contre les types 16 et 18 sera commercialisé très bientôt au Canada. *Clin*

Bibliographie

1. Koutsky LA: A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. N Eng J Med, 2002; 347:1645.
2. Mao C: Efficacity of human papillomavirus-16 vaccine to prevent cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial. Obstet Gynecol, 2006; 107:18.
3. Villa LL: Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16 and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacity trial. Lancet Oncol, 2005; 6:271.
4. Skjeldestad FE: Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (HPV types 6, 11, 16, 18) L1 virus-like particle (VLP) vaccine (Gardasil) reduces cervical intraepithelial neoplasia (CIN 2/3) risk. Présenté à Infectious disease society, session 66, 7 octobre 2005, San Francisco.

Avant de prescrire de l'adrénaline, pensez-y deux fois.

MAINTENANT REMBOURSÉ AU QC, ON ET AB*

Voici Twinject

La nécessité d'une deuxième dose d'adrénaline n'est pas prévisible[1,2]. Seul le nouvel auto-injecteur Twinject offre une dose de réserve administrée si les symptômes ne se sont pas améliorés 10 minutes après la première injection ou si les symptômes réapparaissent lors d'une réaction biphasique[2,3*†‡].
Le nouveau Twinject vous donne accès à un programme de soutien pour patients, famille et amis (www.twinject.ca ou 1 877 TWINJECT).

Pensez confiance. Pensez facilité d'utilisation. Pensez Twinject.

*En ON, éligible au remboursement sous le programme des produits allergènes de l'ODB. Dans les formulaires du QC et AB, remboursé sans restriction.
†Une réaction biphasique commence 1 à 8 heures après la première réaction. Il est recommandé au patient d'avoir la possibilité de composer le 911, et de se rendre à l'hôpital 48 heures après un traitement réussi.
‡Consulter la monographie du produit pour les instructions d'utilisation.

NOUVEAU Twinject MC auto-injecteur (adrénaline USP pour injection 1:1000)
Deux fois plus de confiance.

paladin

L'auto-injecteur Twinject 0,3 mg (0,3 mL d'adrénaline USP pour injection à 1 : 1000) et l'auto-injecteur Twinject 0,15 mg (0,15 mL d'adrénaline USP pour injection à 1 : 1000) sont indiqués pour le traitement d'urgence des réactions allergiques graves (type 1), y compris l'anaphylaxie causée par les piqûres et les morsures d'insectes, les allergènes administrés pour l'immunothérapie, certains aliments, le latex, d'autres allergènes et certains médicaments. (Consultez les renseignements posologiques pour les informations complètes sur l'indication). L'adrénaline peut aussi servir au traitement de l'anaphylaxie de cause inconnue ou produite par l'exercice et des réactions pseudo-anaphylactiques.

L'adrénaline doit être administrée avec prudence aux patients atteints d'arythmie cardiaque, de coronaropathie ou cardiopathie organique ou d'hypertension, et aux patients qui prennent des médicaments pouvant rendre le cœur sensible à l'arythmie. Chez les patients atteints d'insuffisance coronarienne ou de cardiopathie ischémique, l'adrénaline peut précipiter ou aggraver l'angine de poitrine ou entraîner des arythmies ventriculaires pouvant être fatales. Il faut éviter d'administrer l'adrénaline aux patients présentant une atteinte cérébrale organique. Elle doit aussi être administrée avec prudence aux personnes âgées, aux hyperthyroïdiens, aux femmes enceintes et aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire ou de diabète.

Les réactions indésirables comprennent anxiété passagère et d'intensité modérée, sentiment d'hyperstimulation, appréhension, agitation, tremblements, tremblotements, faiblesse, étourdissements, transpiration, accélération du pouls, battements de cœur plus forts, palpitations, pâleur, nausées et vomissements, maux de tête et (ou) difficultés respiratoires.

Ne pas administrer plus de deux doses successives d'adrénaline à moins d'être sous surveillance directe d'un médecin.

Voir l'information posologique à la page 132